CATA 3 Pond Rd. Gloucester, MA 01930	**DIAL-A-RIDE and Elegibilidad de paratránsito ADA Formulario de aplicación**	CATA use only: ID # ________ Date ________

----PLEASE PRINT----

PARTE A
(Esta parte debe ser completada por todos los solicitantes)

Primeiro Nombre____
Segundo Nombre____

Apellido____

Direccion____

Dirección postal (si es diferente)____Apt #__________

Ciudad ________________________ Estado __________ Código postal ________________

Teléfono (durante el día)________________________________(noche)____________________________

Indíquenos el nombre y el número de teléfono de un amigo o familiar al que podamos llamar en caso de que no podamos comunicarnos con usted a su número habitual:

Nombre____

Relación ___________________________________ Teléfono #_____________________________

¿Tiene una discapacidad o condición de salud que le impide utilizar en ocasiones los autobuses de ruta fija de CATA?

☐ No, presento la solicitud únicamente en función de mi edad (60 años o más). Adjunte una copia de la documentación de su edad (identificación gubernamental). DETÉNGASE AQUÍ. No es necesario que complete las Partes B y C de esta solicitud. Devuelva este formulario a CATA a la dirección que se muestra arriba para ser elegible para el servicio Dial-A-Ride.

☐ Sí, estoy solicitando la "Elegibilidad de Paratránsito ADA". Complete las Partes B y C de esta solicitud.

Part B

Esta parte solo debe completarse si tiene una discapacidad o condición de salud que le impide a veces o siempre utilizar el servicio de autobús de ruta fija de CATA. Las personas que completen esta sección serán consideradas para la "Elegibilidad de Paratránsito ADA". La información sobre discapacidad o condición de salud se mantendrá estrictamente confidencial.

1. ¿Cuál es la discapacidad o condición de salud que le impide utilizar los autobuses de ruta fija de CATA? Describa todas las discapacidades o condiciones de salud que afecten su viaje.

____

____

____

1. ¿Cómo le impide esta discapacidad o condición de salud utilizar el servicio de ruta fija de CATA? Por favor explique completamente. Utilice hojas adicionales si es necesario.

____

____

____

2. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (marque todo lo que corresponda)

☐ Silla de ruedas manual ☐ Silla de ruedas eléctrica ☐ Scooter motorizado

☐ el bastón ☐ Caminante ☐ muletas ☐ Tirantes

☐Animal de servicio
(describir):____

☐ Otro (describa) :____

☐ No, no uso ningún tipo de ayuda para la movilidad.

3. ¿Alguna vez necesita traer a alguien más para que lo ayude cuando viaja (un "asistente personal" o "asistente personal")?

☐ No ☐ Si, siempre ☐ Sí a veces

4. Sin la ayuda de otra persona puedes...

¿Solicitar y comprender instrucciones escritas o habladas?

☐ Siempre ☐ a veces ☐ Nunca ☐ No sé

¿Cruzar calles en las intersecciones?

☐ Siempre ☐ a veces ☐ Nunca ☐ No sé

¿Estar de pie durante 10 minutos si no hay lugar para sentarse?

☐ Siempre ☐ a veces ☐ Nunca ☐ No sé

¿Encontrar su propio camino de regreso a la parada de autobús si alguien le muestra el camino una vez?

☐ Siempre ☐ a veces ☐ Nunca ☐ No sé

¿Subir y bajar tres escalones si hay pasamanos?

☐ Siempre ☐ a veces ☐ Nunca ☐ No sé

¿Pararse en un autobús en movimiento agarrándose de un pasamanos?

☐ Siempre ☐ a veces ☐ Nunca ☐ No sé

¿Transferir de un autobús de ruta fija a otro?

☐ Siempre ☐ a veces ☐ Nunca ☐ No sé

4. En las mejores condiciones, ¿cuál es la distancia máxima que puede caminar (o viajar usando su dispositivo de movilidad) sin la ayuda de otra persona?

☐ Menos de 1 cuadra
☐ 1 cuadra
☐ 2 cuadras (1/4 de milla)
☐ 4 cuadras (1/2 milla)
☐ 6 cuadras
☐ más de 6 cuadras
☐ No puedo viajar solo al aire libre

5. ¿Hay algo más que quiera contarnos sobre su discapacidad o condición de salud que pueda ayudarnos a comprender mejor sus capacidades y limitaciones para viajar?

____
____
____

Firma

Entiendo que el propósito de este formulario es determinar si soy elegible para utilizar los servicios de paratránsito ADA. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en una revisión de mi elegibilidad y posible pérdida de los Servicios de Paratránsito ADA.

Acepto notificar a la Autoridad de Transporte de Cape Ann si ya no necesito utilizar los servicios de paratránsito ADA.

____ **Data**_______________

(Firma del Solicitante o Responsable)

Si alguien ayudó a completar esta solicitud, proporcione la siguiente información:

Nombre____

Relacion con o aplicante____

Direccion____

Agencia____**Telefono**________________
__

Autorización para la divulgación de información

Autorizo al profesional que ha completado la PARTE C de esta solicitud a divulgar a CATA información sobre mi discapacidad o condición de salud y su efecto en mi capacidad para viajar en el servicio de autobús de CATA. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que se revoque anteriormente, este formulario permitirá al profesional que complete la PARTE C divulgar la información descrita hasta 60 días a partir de la fecha a continuación. Entiendo que toda la información de Medicaid que se proporcione sobre mi discapacidad o condición de salud se mantendrá estrictamente confidencial.

____Data__________________
(Firma del Solicitante o Responsable)

CUANDO ESTÉ COMPLETADO, REGRESE A: CATA, 3 Pond Rd., Gloucester, MA 01930 A la atención de: Asistente administrativo

*** IR A LA PARTE C ***

PARTE C

Esta parte del formulario debe ser completada por un profesional familiarizado con su discapacidad o condición de salud y sus capacidades funcionales.

Esta parte solo debe completarse si solicita “Elegibilidad de paratránsito ADA”.
1.,Nombre del
solicitante:____

2. Capacidad en la que conoce al solicitante:____

3. ¿Cuándo fue usted tratado o visto por última vez?____

4. En promedio, ¿con qué frecuencia usted ve al solicitante?_____________________________________

5. ¿Se le ha diagnosticado al solicitante una discapacidad física, cognitiva, mental o de otro tipo que le impediría utilizar el servicio de autobús de ruta fija CATA?

☐ No

☐ Si

Diagnóstico y fecha de inicio.:____

6. La discapacidad del solicitante es:

☐ Permanente ☐Temporal (hasta cuando)____________________________________

7. ¿Las capacidades funcionales del solicitante para viajar cambian debido a tratamientos médicos, condiciones ambientales (calor, humedad, frío, hielo y nieve) u otros factores relacionados?

8. Comentarios adicionales (pronóstico, capacidades funcionales,etc.):____
____
____

Nombre y cargo del profesional:____

Licencia, registro o certificado #:____

Firma:____

Nombre de la empresa o agencia:____

Direccion:____
_

Telefone #:______________________________________Fax:__________________________________

CUANDO ESTÉ COMPLETADO, REGRESE A: CATA, 3 Pond Rd., Gloucester, MA 01930 A la atención de: Asistente administrativo